

Exmo. Senhor
Diretor Clínico do
Hospital do Espírito Santo Évora, EPE

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Telef.: _____

Data de nascimento: ___/___/___

B.I. C.C. Tit. Res. Passaporte n.º _____, emitido em: ___/___/___

Tendo recorrido aos Serviços deste Hospital vem requerer a V. Exa. que se digne facultar-lhe a seguinte informação clínica:

Relatório Clínico Cópia do Processo Clínico Outros _____

Número de processo no HESE (facultativo): _____

Indicar a Consulta, Urgência ou Internamento do qual pretende a informação:

Internamento no Serviço de: _____ em ___/___/___

Consulta Externa de: _____ em ___/___/___

Urgência em: ___/___/___

Exames: _____ em ___/___/___

Pede deferimento,

HESE, ___/___/___

Assinatura: _____

Nos termos do art.º 5º da Lei 46/2007 de 24 de Agosto – Direito de acesso – “Todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, tem direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo”.

Recebi

Em ___/___/___, _____

(Assinatura)